



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Lisa Mónica Martins Aguiar

Relatório de Estágio Profissionalizante Em Medicina Comunitária

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Lisa Mónica Martins Aguiar

Relatório de Estágio Profissionalizante Em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dr. Abílio Malheiro

Abril, 2011

FMUP

**Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio
Profissionalizante"**

Eu, LISA MÓNICA MARTINS AGUIAR, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801190, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 15/04/2011

Assinatura: Lisa Mónica Martins Aguiar

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2010/2011

**Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio
Profissionalizante"**

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome:

Lisa Mónica Martins Aguiar

Endereço electrónico: m04190@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:**
96 96 141 79

Número do Bilhete de Identidade: 130 14 862

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante (cortar o que não interessa):

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE EM
MEDICINA COMUNITÁRIA

Orientador:

DR. ABÍLO MALHEIRO

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

MEDICINA COMUNITÁRIA

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 15/04/2011

Assinatura:

Lisa Mónica Martins Aguiar

Resumo

O presente relatório pretende descrever as actividades realizadas no decurso da Disciplina de Medicina Comunitária, no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina, que decorreu entre 14 de Fevereiro e 11 de Março de 2011, no Centro de Saúde de São João (CSSJ) e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Arcos de Valdevez.

Os seus objectivos foram descrever as unidades de saúde onde decorreu o estágio assim como as actividades realizadas, relatar aptidões clínicas desenvolvidas e elaborar um estudo sobre a Obesidade.

Foi proporcionado ao longo do estágio a presença em seminários e em consultas tuteladas, execução de procedimentos de Enfermagem, visitas domiciliárias assim como contacto com uma Instituição de Solidariedade Social. Adicionalmente, foram realizados trabalhos de carácter obrigatório (registos de consultas, elaboração de um panfleto, uma reflexão, um fluxograma de decisão e colheita de história clínica) e outros facultativos – caracterização demográfica das unidades de saúde (US) onde decorreu o estágio e desenvolvimento de um trabalho complementar que visou avaliar a prevalência da obesidade nos doentes observados, associando-a a determinadas comorbilidades [Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) e Dislipidemia].

Constatou-se diferenças entre as duas populações, nomeadamente no tipo de queixas, na problemática de consumo de álcool e índice de envelhecimento. Relativamente à obesidade, de acordo com os dados obtidos, verificou-se que esta era maior na US rural e que estava fortemente associada à HTA e Dislipidemia e, em menor grau, à DM.

O estágio realizado constituiu uma mais-valia em termos de formação, quer pessoal, quer profissional.

Abstract

The aim of this report is to describe the activities performed during the internship of Comunitary Medicine included in the Master's Degree of Medicine, held between February 14 and March 11, 2011 and took place in Centro de Saúde de São João (CSSJ) and in Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Arcos de Valdevez.

The report goal's were to describe the Health Centers (HC) where the internship took place, report developed activities and clinical skills and to conduct a study about Obesity.

During the Internship it was provided the possibility to attend in seminars and clinical appointments, to observe and perform nursing procedures, household visits and the contact with a Social Solidarity Institution. Additionally, were performed some mandatory tasks (appointments registration, designing a brochure and a decision algorithm, a reflection and collecting of a patient's medical history) and other optional works (to describe the demographic level of HC and compare the prevalence of Obesity in the patients observed during the internship, associated with some comorbidities (Hypertension, Diabetes and Dyslipidemia)).

It was noted differences between rural and urban setting: particularly in the kind of complaints, the high alcohol consumption and the high aging index in rural setting. According to the obtained data, Obesity prevalence was higher in the rural setting and it was strongly associated with hypertension and dyslipidemia and lesser with Diabetes.

This Internship offered a great opportunity to learn and enriching as a person as well as a future practicing physician.

Índice

Índice	1
Lista de Siglas	2
Lista de Tabelas e Figuras	2
Introdução.....	3
Motivações, Oportunidades e Constrangimentos	3
Objectivos	4
Organização Estrutural do Relatório de Estágio	4
Caracterização das Unidades de Saúde	4
Estudo Demográfico das Unidades de Saúde	9
Actividades Desenvolvidas	10
Módulo Urbano.....	11
Módulo Rural	12
Actividade Complementar	14
Conclusão	14
Bibliografia	16
Apêndices	
Apêndice I – Cronograma das Actividades Desenvolvidas no Estágio	
Apêndice II – Registos de Consulta – Módulo Urbano	
Apêndice III – Panfleto	
Apêndice IV – Reflexão	
Apêndice V – História Clínica	
Apêndice VI – Fluxograma	
Apêndice VII – Registos de Consulta – Módulo Rural	
Apêndice VIII – Trabalho Complementar	

Lista de Siglas

APPACDM	Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental no Porto
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSSJ	Centro de Saúde de São João
DMII	Diabetes Mellitus tipo II
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
HTA	Hipertensão Arterial
INR	Razão Normalizada Internacional
MAPA	Monitorização Ambulatória de Pressão Arterial
MC	Medicina Comunitária
MGF	Medicina Geral e Familiar
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
US	Unidade (s) de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

Lista de Figuras e Tabelas

Tabela 1	Espaço Físico do CSSJ
Tabela 2	Caracterização das Unidades de Saúde
Tabela 3	Comparação dos Recursos Humanos e Informáticos das Unidades de Saúde
Figura 1	Pirâmide Etária do CSSJ
Figura 2	Pirâmide Etária da UCSP

Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito da Disciplina de Medicina Comunitária (MC), do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), que decorreu entre 14 de Fevereiro e 11 de Março de 2011, e tem como objectivo descrever as actividades realizadas ao longo das 4 semanas, duas em ambiente Urbano (CSSJ) e duas em meio Rural (UCSP de Arcos de Valdevez).

Motivações, Oportunidades e Constrangimentos

Ao longo dos 6 anos do Curso de Medicina na FMUP, o contacto com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) é reduzido, havendo uma focalização maior no que respeita aos cuidados de saúde a nível hospitalar. Contudo, houve, no 2º ano, a possibilidade de elaborar uma sessão de educação para a saúde numa escola básica da cidade do Porto no âmbito da disciplina de Medicina Preventiva, assim como foi proporcionado, na Disciplina de Pediatria do 6º ano, a permanência de uma semana numa Unidade de Saúde, de forma a contactar com consultas de saúde infantil extra-hospitalares.

Apesar da importância dos CSP, o grau de formação dos estudantes nesta área, ao longo do seu percurso académico, acaba por ser limitado.

A Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma disciplina vocacionada para a prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os que os procuram, independentemente da sua idade, sexo ou afecção. É o ramo da medicina que presta cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, havendo uma relação longitudinal, uma comunicação afectiva médico-doente, que é construída ao longo do tempo e que tem como objectivo primordial a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos¹.

Objectivos

Os objectivos do presente relatório são:

- Descrever as Unidade de Saúde (US) onde foi realizado o estágio;
- Descrever resumidamente as actividades realizadas;
- Relatar aptidões clínicas desenvolvidas;
- Desenvolver um projecto de investigação sobre a obesidade.

Organização Estrutural do Relatório de Estágio

O relatório descreve as actividades e tarefas realizadas no estágio em MC (seminários, actividades desenvolvidas nas US e visitas no exterior) e procede a uma análise comparativa das US contactadas, a nível de caracterização de recursos e estudo demográfico dos utentes inscritos em cada uma delas.

Caracterização das Unidades de Saúde

O módulo urbano do estágio decorreu entre 14 e 25 de Fevereiro de 2011 no CSSJ, no Porto, e o módulo rural entre os dias 28 de Fevereiro e 11 de Março de 2011 na UCSP de Arcos de Valdevez, no distrito de Viana do Castelo.

O CSSJ, originário de um protocolo de cooperação estabelecido entre o Departamento de Clínica Geral da FMUP e a Administração Regional de Saúde do Norte, actualmente presta CSP a uma população de cerca de 20 000 utentes². Além disso, presta formação pré e pós-graduadas em CSP. A nível da formação pré-graduada, engloba alunos de enfermagem e alunos do 2º ano (Medicina Preventiva) e do 6º ano (Medicina Comunitária) da FMUP. Relativamente à formação pós-graduada, o CSSJ acolhe Internos de MGF e de Pediatria, além de Psicólogos. Realiza ainda, através dos Serviços de Acção Social da Universidade do Porto, a prestação de cuidados médicos a estudantes e funcionários da Universidade.

Está localizado na rua Miguel Bombarda, na freguesia de Cedofeita (Porto) e distribui-se por quatro pisos, ligados por escadas e com acesso garantido aos pisos superiores a pessoas com mobilidade reduzida através de um elevador para pessoas e cargas, possuindo ainda um elevador para documentação. A organização física do CSSJ está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 – Espaço Físico do CSSJ

CAVE	<p>SERVIÇOS DE APOIO</p> <ul style="list-style-type: none"> – Salas de Arquivo e Arrumos pequenos (Material Administrativo e de Enfermagem) – Pequena Lavandaria – Bar – Back Office – Secretaria
RÉS-DO-CHÃO	<p>RECEPÇÃO ADMINISTRATIVA E SERVIÇOS DE ENFERMAGEM</p> <ul style="list-style-type: none"> – Duas salas de enfermagem (Tratamentos e injectáveis) – Sala de espera para enfermagem – Principal recepção administrativa do CSSJ – WC para utentes de mobilidade reduzida – Pequena sala de esterilização
1.º e 2.º ANDARES	<ul style="list-style-type: none"> – Sala espera – Pequena recepção administrativa – WC para funcionários – WC para utentes (Masculino e Feminino) – Sala Enfermagem – 8 Gabinetes médicos
3.º ANDAR:	<ul style="list-style-type: none"> – Pequena sala de espera – Gabinete do Director – Sala de Reuniões/ Biblioteca – WC para funcionários – 2 Gabinetes médicos

A US de Arcos de Valdevez, no distrito de Viana do Castelo, é composto pela Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale do Vez, USF UArcos e UCSP. Estas unidades prestam CSP ao Concelho e abrangem uma população total de 26246 Utentes, sendo que a UCSP tem 7516 utentes inscritos.

A UCSP está localizada no centro da vila, na Rua Engenheiro Adelino Amaro da Costa, tendo bons acessos e garantindo acessibilidade a pessoas com mobilidade reduzida, através de elevador. O espaço físico da UCSP está inserido no primeiro andar de um edifício onde também funciona a USF Vale do Vez e onde existe uma Unidade de Convalescença. O espaço físico da UCSP é composto por 5 gabinetes médicos, uma sala de espera, W.C. para utentes e para funcionários, 1 Sala de Saúde Materna, 2 salas de Enfermagem - Sala de Tratamentos e de Saúde Infantil. Nestas instalações também existe um serviço de Raio X. A UCSP também presta formação pré e pós-graduada; pré-graduada a alunos do 6º ano da FMUP no âmbito de MC e alunos de enfermagem; a nível de formação pós-graduada acolhe internos de MGF.

Outras características de ambas as Unidades de Saúde estão enumeradas na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização das Unidades de Saúde

Características	CSSJ	UCSP
Utentes	<ul style="list-style-type: none"> – 20002 Utentes, dos quais 1985 estão sem médico de família atribuído desde 17 Janeiro 2011; – Cerca de 70% dos residentes no Concelho do Porto; – Alunos e Funcionários da Universidade do Porto, 	<ul style="list-style-type: none"> – 7516 Utentes; – Abrange um total de 52 Freguesias, sendo o concelho maior em área geográfica do Distrito de Viana do Castelo
Horário de Atendimento	Das 8h00 às 20h	<p>Das 8h00 às 24h00.</p> <p>Das 20h às 24h a consulta procede-se como sendo prolongamento de consulta para casos urgentes.</p>

Consultas Desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> – Saúde de Adultos; – Vigilância a Grupos de Risco: <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensos; • Diabéticos; – Grupos Vulneráveis: <ul style="list-style-type: none"> • Saúde Infantil/Juvenil; • Saúde Materna; • Planeamento Familiar; • Vigilância Oncológica; – Psicologia; – Podologia; – Cessaçao Tabágica; – Domicílios; – Prescriçao (contacto indirecto com o médico). 	<ul style="list-style-type: none"> – Saúde de Adultos; – Vigilância a Grupos de Risco: <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensos; • Diabéticos; • Hipocoagulados. – Grupos Vulneráveis: <ul style="list-style-type: none"> • Saúde Infantil/Juvenil; • Saúde Materna; • Planeamento Familiar; • Vigilância Oncológica. – Consulta de Saúde Oral; – Domicílios; – Prescriçao (contacto indirecto com o médico).
Referenciação	Hospitais da rede Agrupamentos de Centros de Saúde do Porto Ocidental	– Hospital Santa Luzia de Viana do Castelo (Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE)

Relativamente aos Recursos Humanos Informáticos das duas Unidades de Saúde, estes estão expostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação dos Recursos Humanos e Informáticos das Unidades de Saúde

Características	CSSJ	UCSP
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> – 9 Médicos Especialistas em MGF; – 16 Enfermeiros (a tempo parcial); – 2 Psicólogos (mais 3 Estagiários); – 1 Podólogo – 6 Administrativos; – 2 Auxiliares de Apoio e Vigilância; 	<ul style="list-style-type: none"> – 5 Médicos especialistas em MGF; – 7 Enfermeiros; – 1 Assistente Social; – 1 Assistente de Saúde Pública; – 1 Técnico de radiologia; – 1 Técnico de farmácia; – 2 Técnicos de Saúde Ambiental; – 11 Administrativos – 2 Auxiliares de Apoio e Vigilância
Recursos Informáticos	Higia©, SAM©, DiabCare©, SINUS©, Alert P1©,	SAM©, SINUS©, Alert P1©, HyT Gold, SAPE©, SiiMA Rastreios©

Em ambas as US, os registos clínicos são efectuados em suporte informático. O SAM© (Sistema de Apoio Médico) e o *HÍGIA*© permitem um registo de dados do utente seguindo uma metodologia baseada na lista de problemas e em registos SOAP (Subjectivo da consulta, Objectivo, Avaliação, Procedimentos) que possibilita a prestação de cuidados contínuos, a comunicação entre membros da equipa, evita erros de identificação, e facilita a obtenção de dados para fins diversos. O programa DiabCare© permite a monitorização dos utentes diabéticos e o HyTGold© a monitorização dos doentes hipocoagulados; o SiiMA Rastreios© é usado para o Rastreio do Cancro do Colo do Útero. O SAPE© (Sistema de Apoio ao Pessoal de Enfermagem) é usado para os registos de enfermagem; o SINUS© (Sistema de Informatização das Unidades de Saúde) é utilizado para propósitos administrativos e o Alert P1© destina-se à referência de doentes dos Cuidados de Saúde Secundários.

Estudo demográfico das US

Tendo como fonte os dados fornecidos pelo SINUS© em cada uma das US, foram representadas, nas figuras 1 e 2, as pirâmides etárias de cada uma delas. Em ambas as pirâmides existe um predomínio da população feminina – 55,93% de mulheres versus 44,07% de homens no CSSJ; e 53,72% de mulheres versus 46,28% de homens na UCSP.

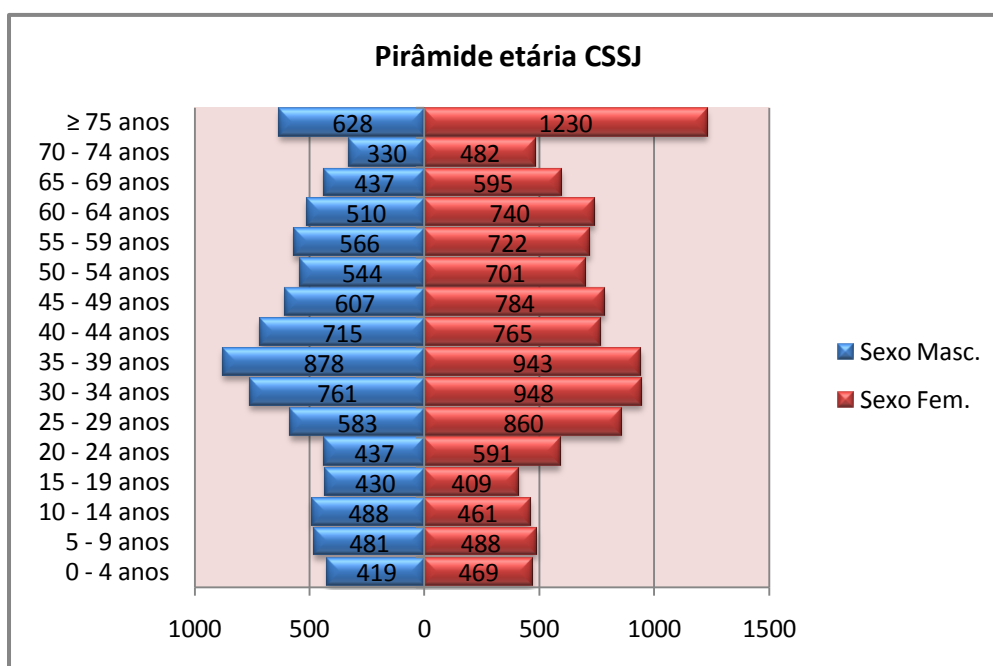


Figura 1 – Pirâmide Etária do CSSJ

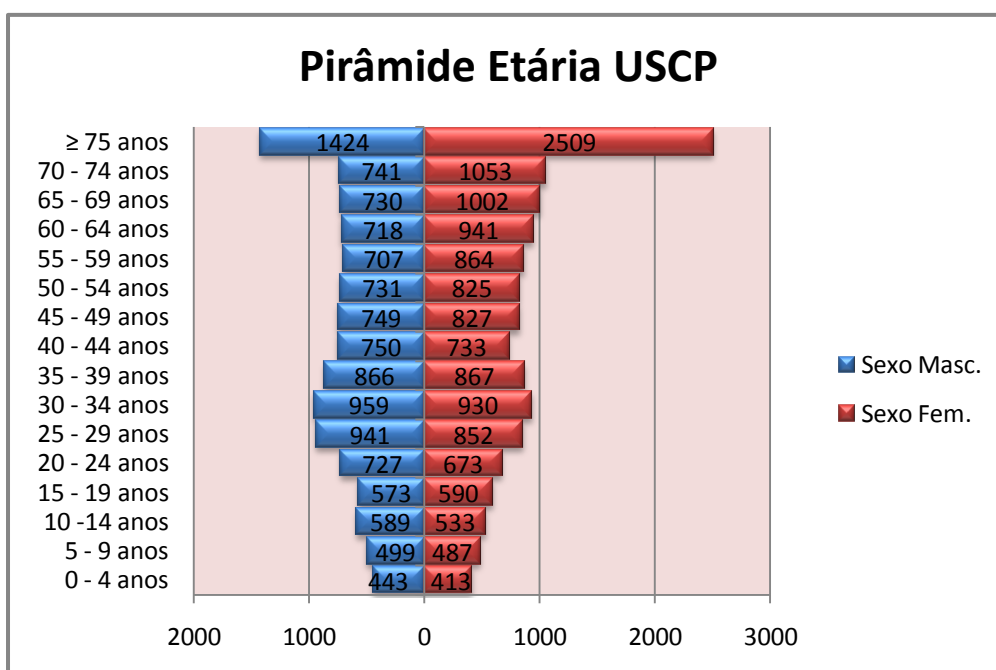


Figura 2 – Pirâmide Etária da UCSP

Da análise comparativa das pirâmides etárias das duas populações, pode constatar-se que no CSSJ as classes predominantes são as correspondentes à idade superior a 75 anos, de 30-34 e 35-39 anos, com predomínio do sexo feminino; na UCSP, as classes etárias predominantes são também para a idade superior a 75 anos, mas em ambos os sexos.

Uma característica notória na pirâmide etária da UCSP é que a prevalência de população com idade superior a 65 anos é muito maior que a prevalência da população mais jovem. Este facto correlaciona-se provavelmente com a elevada migração da população em idade activa e fértil que existe nesta região, quer para outras áreas do país, quer para o estrangeiro. Este êxodo populacional é um dos principais factores de desequilíbrio da balança demográfica desta região.

O Índice de Envelhecimento, calculado pelo quociente entre a população idosa (> 65 anos) e a população jovem (0 – 14 anos), é de 131,93% no CSSJ e de 251,65% na UCSP. Em ambas as pirâmides etárias regista-se uma diminuição da base e alargamento do topo, o que traduz o envelhecimento progressivo da população e a baixa natalidade, o que está de acordo com a pirâmide etária nacional³.

Actividades Desenvolvidas

O estágio não só permitiu conhecer as actividades essenciais dos CSP, como possibilitou vivenciá-las em 2 ambientes de trabalho distintos: o urbano, no CSSJ, e o rural, na UCSP. Em ambos as US a minha actividade foi orientada por um tutor.

Como complemento teórico do estágio em Medicina Comunitária tive a oportunidade de assistir a dois seminários introdutórios, no início de cada um dos módulos. O primeiro foi leccionado pela Prof. Dra. Luciana Couto, a 14 de Fevereiro, e consistiu na Definição e Caracterização dos CSP; Abordagem dos doentes na MGF e os Motivos de Consulta Mais Frequentes. Foi também explicada a Organização da Disciplina e os seus Objectivos. O segundo seminário decorreu a 28 de Fevereiro e foi apresentado pela Dra. Graça Veiga, cujas temáticas abordadas foram Planeamento Familiar e Programas de Rastreios.

O cronograma das actividades desenvolvidas durante o estágio encontra-se no Apêndice I.

Módulo Urbano

Durante a Valência Urbana foi possível assistir a consulta programada e aberta com o Dr. Abílio Malheiro e participar activamente em algumas delas.

No dia 22 de Fevereiro foram feitos os registos clínicos das consultas assistidas, quer consulta programada, quer aberta, com realce para o Motivo da consulta do utente, Lista de Problemas/Diagnósticos, Plano efectuado ou Encaminhamento/ Retorno dos mesmos. Estes registos encontram-se no apêndice II.

Além disso, também houve a possibilidade de participar em tarefas de enfermagem, nomeadamente, realização de electrocardiogramas e na colocação de aparelhos para Monitorização Ambulatória de Pressão Arterial (MAPA), aplicação de injectáveis e execução de pensos segundo técnicas assépticas. Estas tarefas serviram como complemento de formação do estudante enquanto profissional de saúde, reforçando o conceito de trabalho em equipa e multidisciplinaridade no que concerne aos problemas dos doentes.

No dia 24 de Fevereiro, foi realizada uma visita à Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) no Porto, que é uma Instituição Particular de Solidariedade Social sem Fins Lucrativos. Foi-nos efectuada uma visita guiada pelas instalações da mesma, onde foi apresentada a realidade do Centro Ocupacional e foi possível perceber as actividades lá desenvolvidas, nomeadamente na integração social, estimulação intelectual, social e afectivas destas pessoas. Houve também a possibilidade de interagir com os utentes e funcionários do Centro e visitar uma das Residências onde alguns destes vivem. Foi uma experiência positiva e muito enriquecedora em termos pessoais, pois esta é uma realidade que por vezes nos ultrapassa.

Adicionalmente, durante a valência urbana, foram realizados dois trabalhos relacionados com a Obesidade. O primeiro foi um panfleto informativo para Doentes Obesos, acerca das causas e consequências desta patologia cada vez mais frequente em Portugal, assim como alguns conselhos úteis para ajudar a perder peso. O segundo foi uma reflexão acerca do “Papel do Médico de Família na Prevenção, Identificação e Tratamento do Doente Obeso”. Estes trabalhos podem ser consultados nos Apêndices III e IV, respectivamente.

Módulo Rural

Durante o Módulo Rural tive oportunidade de presenciar consultas de Medicina Geral e Familiar, decorridas na UCSP, orientadas pela Dra. Albertina Fonseca e pelo Dr. Pedro Silva.

Houve também a oportunidade de acompanhar o médico em visitas domiciliárias. Esta experiência permitiu contactar mais de perto com a realidade da região e perceber de que forma se processa a visita domiciliária.

Diferentemente do CSSJ, na UCSP é desenvolvida uma consulta de Controlo da Hipocoagulação, e foi possível presenciar em dois dias a consulta de controlo do INR (Razão Normalizada Internacional) em doentes hipocoagulados, a maioria deles devido a fibrilhação auricular.

Pude assistir a procedimentos de pequena cirurgia, nomeadamente excisão de nevo simples e sutura de lesões.

Pude assistir a consultas de planeamento familiar e proceder à realização de exame físico e exames de rastreio oncológico (Citologia Cervico-Vaginal).

Foi possível em dois dias dedicados à Saúde Infantil, o contacto com doentes infantis e juvenis. Esta experiência permitiu tomar consciência da dificuldade de

abordar e examinar um doente mais pequeno, mais frágil, muitas vezes não colaborante, sob a supervisão materna ou paterna.

Houve uma tarde dedicada à Saúde Materna, contudo, 3 das 4 gestantes marcadas não compareceram à consulta, pelo que durante este estágio houve contacto apenas com uma grávida. Durante o acompanhamento desta consulta foi possível testemunhar tanto a consulta de enfermagem como a médica e observar a realização de técnicas de obstetrícia (manobras de Leopold e a localização e auscultação do foco cardíaco fetal com cardioscópio fetal).

No âmbito das actividades de enfermagem pude acompanhar procedimentos, serviços e visitas domiciliárias. As últimas afiguraram-se experiências muito interessantes do estágio, pois permitiram-me contactar directamente com a realidade social do concelho e com a problemática dos idosos dependentes.

No dia 10 de Março teve lugar a realização de uma história clínica e familiar a uma utente da consulta programada da UCSP. Esta tarefa permitiu dar relevo a componentes importantes da vida da doente, geralmente remetidas para segundo plano no meio hospitalar, como o enquadramento socio-económico, psicológico, emocional, afectivo e familiar da doente. Esta foi uma oportunidade de contactar pela primeira vez com ferramentas como a Psicofigura de Mitchell, o Ciclo de vida de Duvall, o Círculo familiar de Thrower e o Questionário de APGAR familiar de Smilkstein⁴. Esta história clínica pode se consultada no apêndice V.

Além da História Clínica, também foi realizado um Fluxograma sobre o “Tratamento da Diabetes Mellitus tipo II” e os Registos Clínicos de um dia de consulta que são apresentados nos Apêndices VI e VII, respectivamente.

No fim do estágio, um dos aspectos menos positivos foi a pouca frequência de consultas de vigilância de gravidez em ambas as US.

Actividade Complementar

No apêndice VIII encontra-se descrita a investigação implementada durante o estágio. Esta visou avaliar e comparar a prevalência da obesidade dos doentes acompanhados na consulta em ambas as US, e avaliar a existência de outras comorbilidades associadas, nomeadamente, Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus tipo II (DMII) e Dislipidemia.

Conclusão

O estágio apresentou-se como uma excelente oportunidade de, pela primeira vez, contactar mais aprofundada e informadamente com a realidade dos CSP e da MGF. Todos os objectivos propostos foram atingidos.

Foi-me proporcionada a oportunidade de aperfeiçoar aptidões técnicas e teóricas e trabalhar a empatia e o raciocínio clínico, encarando cada utente como único em todas as suas componentes, biológica, psicológica e social.

Durante este período tomei consciência que a MGF é uma especialidade central e fundamental, que acompanha as pessoas não apenas durante um episódio agudo, mas ao longo de toda a vida, pelo que a relação médico-doente torna-se muito mais próxima e profunda, permitindo perceber o contexto social e familiar de cada um dos doentes, seus receios e expectativas, tornando-se a prática médica mais adequada às suas necessidades.

O contacto com as duas realidades diferentes, rural e urbana, permitiu-me perceber algumas das questões prementes da MGF actual, nomeadamente o envelhecimento populacional e a prestação de cuidados de qualidade a idosos dependentes.

Entre as duas US foi possível constatar algumas diferenças. Ambos apresentam boas instalações e bom corpo de profissionais. Contudo, há divergências no que concerne ao tipo de queixas dos doentes. Foi notório na UCSP uma prevalência mais elevada de queixas osteoarticulares, mesmo em idades mais jovens. Este facto está

relacionado com a actividade laboral da maioria destas pessoas que é a agricultura. Outro problema desta região, é o elevado consumo de álcool, que atinge quer homens, quer mulheres.

Relativamente à obesidade, através dos dados colhidos, constatou-se que esta também foi mais elevada na US rural.

Em suma, esta experiência foi muito positiva e gratificante, possibilitando a vivência em dois contextos demográficos bastante diferentes. O estágio realizado constituiu uma mais-valia em termos de formação, não só como profissional mas também como pessoa.

Bibliografia

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P, Evans P. et al. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar – WONCA Europa 2002
2. Hespanhol A., Malheiro A., Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve história do Centro de Saúde São João. Rev Port Clin Geral 2002; 18: 177-86
3. Instituto Nacional de Estatística. Estimativas de População Residente – 2009.Portugal: INE; 2010
4. Caeiro, RT. Registos Clínicos em Medicina Familiar. 1ª edição. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1991

Apêndices

Apêndice I – Cronograma do Estágio

Módulo Urbano						
Actividades desenvolvidas	Data	21/02	22/02	23/02	24/02	25/02
	Manhã	Consulta	Consulta	Enfermagem	Visita à APPACDM	Consulta
	Tarde			Consulta		
Actividades desenvolvidas	Data	28/02	01/03	02/03	03/03	04/03
	Manhã	2º Seminário no DPG	Visita às instalações do CS; Consulta		Consulta	
	Tarde		Consulta	Consulta	Visita Médica Domiciliária	Consulta

Módulo Rural						
Actividades Desenvolvidas	Data	14/02	15/02	16/02	17/02	18/02
	Manhã	Seminário no DPG	Consulta	Enfermagem		
	Tarde			Consulta		Consulta
Actividades desenvolvidas	Data	07/03	08/03	09/03	10/03	11/03
	Manhã		Carnaval	Visita Domiciliária de Enfermagem	Consulta	Consulta
	Tarde	Consulta		Consulta	Consulta	

Apêndice II – Registos Clínicos – CSSJ

Registo Clínico no Centro de Saúde Urbano					
	Identificação	Motivo da Consulta	Lista de Problemas/Diagnósticos	Plano/Orientação/Referenciação	Retorno
CONSULTA PROGRAMADA					
Caso 1	A.F.S, sexo masculino, 65 anos	Consulta de Vigilância de HTA e DM	<ul style="list-style-type: none"> – HTA essencial não complicada – DM tipo II – Dislipidemia 	<ul style="list-style-type: none"> – Mantém terapêutica [Losartan + HCTZ, Diamicron®, Sinvastatina]; – Foi referenciado para a consulta de oftalmologia para despiste de Retinopatia Diabética 	
Caso 2	M.O.S, sexo feminino, 74 anos	Consulta de Vigilância de HTA	<ul style="list-style-type: none"> – Arritmia Cardíaca (Pacemaker) – HTA essencial não complicada – Osteoartrose das mãos 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi medicada com Picalm® e paracetamol para queixas álgicas articulares; – Mantém restante medicação [HCTZ + Amilorido; Ibustrin®; Amiodarona; Furosemida] 	
Caso 3	M.F, sexo feminino, 76 anos	Consulta de Vigilância de HTA	<ul style="list-style-type: none"> – Antecedentes de Plasmocitoma secretor de cadeias leves; – Antecedentes de carcinoma vulvar à direita (feita cirurgia de recessão alargada) – HTA – Dislipidemia 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi reintroduzida medicação para HTA [Enalapril + HCTZ]; – Mantém restantes atitudes terapêuticas [Fluoxetina, Gabapentina, Sinvastatina] 	

Caso 4	J.A., sexo masculino, 76 anos	Consulta de Vigilância de HTA	<ul style="list-style-type: none"> – HTA complicada com HVE – Dislipidemia – Gastrite Crônica (?) 	<ul style="list-style-type: none"> – Mantém atitudes terapêuticas [Omeprazol; Famotidina; Telmisartan + HCTZ] 	
Caso 5	F.F.C., sexo masculino, 66 anos	Consulta de Vigilância de HTA; Queixas álgicas articulares nos polegares;	<ul style="list-style-type: none"> – Antecedentes de carcinoma de células renais bilateralmente – HTA com envolvimento renal – HBP 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi medicado com Keplat® para as dores articulares; – Mantém restantes atitudes terapêuticas [Losartan + HCTZ; Amlodipina; Trazodona; Levocetirizina] 	
CONSULTA ABERTA					
Caso 6	S.M., sexo masculino, 35 anos	Prorrogação de baixa	<ul style="list-style-type: none"> – Fractura do 5º metacarpo da mão direita. 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi prorrogada a baixa por 30 dias. 	
Caso 7	J.M.A, sexo masculino, 14 anos	Erupção cutânea no tronco	<ul style="list-style-type: none"> – Erupção cutânea com atingimento do dermatomo intercostal direito – Zona. 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi medicado com Valaciclovir e com Betadine® solução cutânea 	
Caso 8	M.J.S., 49 anos, sexo masculino	Queixas urinárias (disuria, poliúria, urgência)	<ul style="list-style-type: none"> – Antecedentes de cistite aguda há um ano; – Combur Teste negativo 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi medicada com fosfomicina; – Educação para a saúde acerca das atitudes no que concerne à cistite aguda. 	
Caso 9	M.M, 4 anos, sexo feminino	Febre, tosse, expectoração	<ul style="list-style-type: none"> – Temperatura axilar – 37,9°C; – Orofaringe com colecção mucopurulenta amigdalina, essencialmente à esquerda; – Auscultação cardiopulmonar normal; 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi medicada com Clavamox® e Ibuprofeno 	
Caso 10	J.M., 6 anos, sexo feminino	Dor na anca esquerda	<ul style="list-style-type: none"> – Dor na anca que agrava com hiperflexão, adução e abdução; – Sem história de traumatismo; – Sem limitação funcional do movimento; sem dor a caminhar; 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi encaminhada para SU de Ortopedia Pediátrica no Hospital de Gaia 	
Caso	M.A.V., 80 anos,	Bradycardia	<ul style="list-style-type: none"> – Bradiarritmia sintomática 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi encaminhada para o SU do Centro 	

11	sexo feminino		<ul style="list-style-type: none"> – Antecedentes de Flutter Auricular – ECG – Bloqueio Auriculo-ventricular 	Hospitalar do Porto	
----	---------------	--	--	---------------------	--

Legenda:

DM – Diabetes Mellitus
HBP – Hipertrofia Benigna da Próstata
HCTZ – Hidroclorotiazida
HTA – Hipertensão Arterial
HVE – Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo

Elaborado Por:

Lisa Aguiar, T. 8

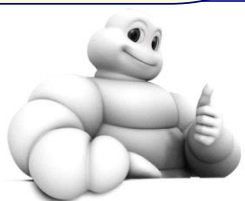
Apêndice III – Panfleto sobre Obesidade

E SABIA QUE...

- ☛ A Obesidade é considerada a segunda causa de morte passível de prevenção (a primeira é o tabagismo);
- ☛ Em Portugal, 46% da população adulta tem excesso de peso e 12% é obesa.
- ☛ Em Portugal, 32% das crianças entre os 7 e 9 anos têm excesso de peso, sendo que 12% é obesa.
- ☛ Ao diminuir alguns quilos no seu peso, conseguirá um melhor controlo do seu Colesterol, Tensão Arterial e Diabetes
- ☛ O seu médico de família pode ajudá-lo a perder peso. Fale com ele!

É possível tratar a Obesidade!!!

Vamos todos combater esta que é considerada a EPIDEMIA DO SÉCULO XXI



Pense em si...

Cuide do seu peso!

Cuide da sua saúde!

U. PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Disciplina de Medicina Comunitária

Regência: Prof. Dr. Alberto Hespanhol

Orientador: Dr. Abílio Malheiro

Lisa Aguiar, T8

OBESIDADE:

Uma Bomba que pode ser desarmada...



O que é a obesidade?

A obesidade é o excesso de gordura corporal capaz de afectar a saúde, ou quando o peso do corpo ultrapassa em 20% o peso ideal.

É uma doença crónica e precisa ser tratada.

Como posso saber qual o meu peso ideal?

Pode saber o seu peso ideal, calculando o Índice de Massa Corporal, isto é:



$$IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$$

IMC	Categoria
Abaixo de 18,5	Baixo Peso
18,5 - 24,9	Peso Normal
25,0 - 29,9	Excesso de Peso
Maior que 30,0	Obesidade

Quais as causas da obesidade?

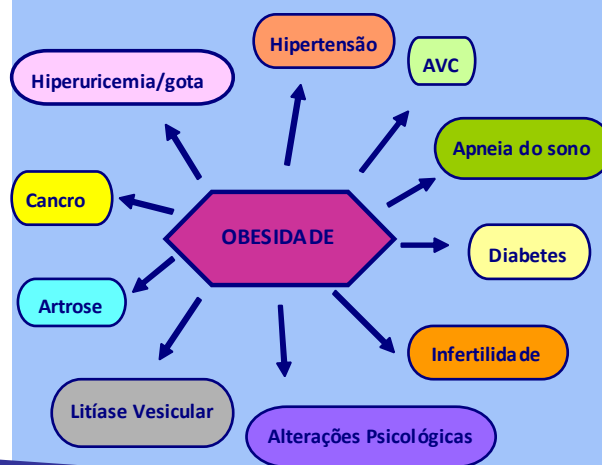


- Excesso de ingestão alimentar;
- Falta de exercício físico;
- Predisposição genética;
- Alterações hormonais.

Quais as consequências da obesidade?



A obesidade NÃO É SÓ UMA QUESTÃO ESTÉTICA!



O que posso fazer?



- Comer vegetais, legumes e frutas (2 peças por dia);
- Comer cereais, incluindo arroz e massa, preferencialmente, integral;
- Tomar pequeno almoço todos os dias;
- Dar preferência à carne magra e peixe ;
- Evitar comer fritos;
- Use óleo vegetal (milho, soja, girassol) e azeite;
- Beber leite, iogurtes e queijo branco;
- Escolher água como bebida preferencial;
- Evitar refrigerantes ou alimentos tipo *Snack*;
- Praticar exercício físico regularmente (andar 30 a 60 minutos diariamente);
- Evitar refrigerantes;
- Diminuir o tempo de actividades sedentárias (Ver TV, jogar computador ou consola)





Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Disciplina de Medicina Comunitária – 6º Ano

Regência: Prof. Dr. Alberto Hespanhol

Papel do Médico de Família na Identificação, Orientação e Tratamento da Obesidade



Lisa Mónica Martins Aguiar

T.8

Valência Urbana

Orientador: Dr. Abílio Malheiro

A Obesidade é definida pela OMS, como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. É uma doença crónica, com grande prevalência no mundo, principalmente nos países desenvolvidos, e atinge homens, mulheres e crianças de todas as raças e etnias. A obesidade é avaliada através do IMC (Índice de massa corporal), sendo que um IMC superior a 25 indica excesso de peso e superior a 30, define obesidade.



Os dados sobre a prevalência do excesso de peso/obesidade no mundo são alarmantes, sendo considerada a epidemia do século XXI e um grave problema de saúde pública.

Na Europa, a prevalência da Obesidade aumentou para o triplo nas últimas duas décadas: metade dos adultos e uma em cada cinco crianças têm excesso de peso. Destes, um terço são obesos e os números têm vindo sempre a aumentar¹.

Este crescimento nas últimas décadas está muito relacionado com as mudanças socioeconómicas, culturais e físicas evidenciadas no mundo. Um desequilíbrio energético na população tem sido desencadeado por uma dramática redução da actividade física e alteração nos padrões alimentares, incluindo consumo de alimentos altamente energéticos e pobres em nutrientes (elevadas proporções de gordura saturada, sal e açúcares), assim como consumo insuficiente de frutas e legumes¹.

Em Portugal, 46% da população adulta apresenta excesso de peso e 12% é obesa; 32% das crianças com idade compreendidas entre 7-9 anos apresenta excesso de peso, sendo 11% obesas².

Contudo, este problema é passível de reversão e controlo. Todavia, isto só será possível, se se actuar na raiz do problema, na mudança social, económica e ambiental dos estilos de vida dos cidadãos, isto é, é necessário uma intervenção multidisciplinar onde as metas de saúde estão alinhadas com a economia, sociedade e cultura¹.

O médico de família tem um papel preponderante na promoção da saúde, reeducação e orientação dos doentes com excesso de peso/obesos. Este, ao contrário de outros profissionais de saúde, acompanha os doentes ao longo da vida, possibilitando uma abordagem a longo prazo centrada no paciente, onde o atendimento é coordenado e os seus problemas são elucidados, de forma a fomentar-se a educação e bem-estar do paciente³.

Em primeiro lugar, é importante elucidar as pessoas que as mudanças ambientais e sociais têm um grande impacto no excesso de peso/obesidade. Por exemplo, por uma questão de conveniência, comodidade ou até mesmo falta de tempo para cozinhar, muitas refeições

são feitas fora de casa ou quando são preparadas pelo indivíduo, contêm ingredientes pré-feitos, resultando na ingestão de grande quantidade de alimentos processados, gorduras saturadas, açúcares e sal.

Ao mesmo tempo, as pessoas são muito menos activas fisicamente, quer devido a ambientes cada vez mais industrializados que desencorajam a caminhar ou andar de bicicleta, quer à existência inovações tecnológicas em casa, locais de trabalho e escolas, que tornam as pessoas mais sedentárias³.

Deste modo, a reeducação alimentar e a realização de exercícios físicos são essenciais quer na prevenção, quer em qualquer tratamento de obesidade.

Todos os adultos devem ser rastreados para a obesidade, através do cálculo do IMC e da medição do perímetro abdominal, pelo médico de família a cada 2 anos² de forma a haver um controle das variações de peso e poder ser feita uma intervenção precocemente. O tratamento é recomendado para pacientes com um IMC de 25,0-29,9 kg/m² ou com perímetro abdominal aumentado, e dois ou mais factores de risco. O tratamento também é recomendado para pacientes com um IMC maior que 30kg/m², independentemente da existência de factores de risco⁴.

É também fundamental avaliar o agregado familiar e os seus hábitos, pois além da tendência genética que possa existir para o excesso de peso, na maioria das vezes, as más práticas pertencem à família e não ao indivíduo isoladamente. Consequentemente, é necessário adoptar hábitos de vida saudável para todos os membros⁵. Esta inter-ajuda facilita a motivação e empenhamento dos doentes na perda de peso.

É importante educar a família para o suporte emocional do paciente obeso. Devido à grande pressão social que existe no que respeita ao físico, muitos destes pacientes, são alvo dos estigmas da sociedade e têm baixa auto-estima ou estão deprimidos.

Os objectivos gerais do tratamento são reduzir o peso corporal e mantê-lo a longo prazo, evitar o ganho ponderal e controlar factores de risco que acompanham a doença. Para tal, a abordagem terapêutica mais eficaz é aquela que inclui uma intervenção combinada de dieta baixa em calorias, aumento da actividade física e alterações comportamentais. As opções farmacológicas ou cirúrgicas estão reservadas para pacientes seleccionados, tendo em conta as características inerentes a cada indivíduo.

Por fim, é fundamental salientar aos doentes que fazendo, gradualmente, pequenas alterações, estas culminarão em grandes resultados a longo prazo ("step-by-step")³ e que o acompanhamento médico é indispensável no tratamento da obesidade e do excesso de peso, pois só o médico sabe a indicação certa para cada caso.

Bibliografia:

- ¹WHO European Charter on counteracting obesity. World Health Organization: Istanbul, Turkey; <http://www.euro.who.int/document/E89567.pdf> 15–17 November 2006
- ² Almada - Lobo F, Gomes P, Rosendo, I. Recomendações de actividades preventivas da APMCG
- ³Amrican Academy of Family Physicians. Family Physicians play major role in Preventing, Treating Obesity, Say Experts; <http://www.aafp.org/online/en/home/publications/news/news-now/obesity/20100517overview.html>
- ⁴ Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, et al. *Obesity*: Assessment and management in primary care. American Family Physician. 2001;11:2185–2196
- ⁵<http://revistacorpore.com.br/obesidade/015-obesidade-emagrecer-em-fama.html>
- <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/obesidade/causaseconsequenciasdaobesidade.htm>



Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Disciplina de Medicina Comunitária – 6º Ano

Regência: Prof. Dr. Alberto Hespanhol

História Clínica



Valência Rural – Arcos de Valdevez

Responsável: Dra. Albertina Fonseca

Lisa Mónica Martins Aguiar

T.8

COLHEITA DE INFORMAÇÃO

Data: 10/03/2011

Local: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Arcos de Valdevez

Fonte e fiabilidade da informação: a paciente, que se mostrou colaborante, fornecendo informações acertadas.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: M.C.S.

Sexo: feminino.

Idade: 65 anos

Data de Nascimento: 08/03/1946

Estado Civil: solteira

Raça: caucasiana

Naturalidade: Parada – Arcos de Valdevez

Residência: Parada – Arcos de Valdevez

Profissão: Empregada Doméstica

Habilitações Literárias: 3ª Classe

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças de Infância: Refere ter tido Sarampo durante a infância e Tosse Convulsa. Nega história de Varicela.

Antecedentes médicos:

1980 – doente deu uma queda e bateu com a coluna. Desde essa altura refere queixas álgicas esporádicas.

1985 – Patologia Vesicular; não soube especificar;

1988 – Depressão major;

2010 – Aparecimento de massa mediastínica;

Antecedentes cirúrgicos: Nega antecedentes cirúrgicos.

Antecedentes de Internamentos: Nega história de Internamentos.

História de Transfusões: refere transfusão sanguínea há uma semana de duas unidades de sangue, no seguimento de diagnóstico de anemia grave.

Medicação Habitual: não faz qualquer medicação. Refere que toma analgésico muito esporadicamente, caso tenha dores lombares.

Hábitos e Estilo de Vida: 3 refeições diárias, sem grandes restrições alimentares.

Refere caminhar durante 30 minutos cerca de 4x/semana.

Consumo de um copo pequeno de vinho tinto com as refeições.

Consumo de 6 cafés por dia.

Sem hábitos tabágicos.

Sem comportamentos sexuais de risco.

Alergias: refere alergia à folha dos plátanos e ao material de contraste.

Vacinação: Apenas tomou vacina do Tétano.

Nunca fez imunização contra a gripe.

História Ginecológica: Menarca aos 16 anos. Interlúnios e cataménios regulares. Nega uso prévio de anticoncepcionais.

Menopausa aos 58 anos. Não fez terapêutica de substituição hormonal.

História obstétrica: Nunca esteve grávida.

GRAU DE AUTONOMIA / AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Actividades Básicas: Efectua todas as actividades básicas sem ajuda de terceiros.

Interacção Social: Anda a pé várias vezes por semana (>4), e possui boa interacção social, com conversa fácil.

Função cognitiva: Sem alterações cognitivas. Tem discurso fluente e bem-articulado, com respostas adequadas. Linguagem não-verbal de acordo com o discurso, assim como as expressões faciais. Sem falhas de memória perceptíveis.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Mãe: faleceu com 82 anos, vítima de um AVC

Pai: faleceu com 59 anos devido a Carcinoma do Duodenal.

Irmãos: Refere que os irmãos têm todos “problemas da vesícula” (SIC)

BIOPATOLOGIA

M.C.S. nasceu em 8 de Março de 1946, em casa, sendo a quinta filha de um casal, M. e A.C., que tinham tido o primeiro filho em 1932. Refere ter tido uma infância feliz, junto com os outros irmãos. Refere história de tosse convulsa e sarampo na infância. Os pais trabalhavam no campo e as crianças passavam algum tempo a brincar ou a levar as cabras a pastar no monte. Iniciou a escolaridade com 7 anos e completou a 3ª Classe. Refere que eram uma família pobre e que por isso “não havia dinheiro para estudar mais” (SIC). Recorda a Infância com nostalgia e com um sorriso nos lábios, reportando-a como uma época humilde mas feliz, no seio de uma família unida e composta pelos pais e seis irmãos (4 rapazes e 2 raparigas). Estes entretinham-se a levar os animais a pastar, a jogar às escondidas ou ao pião e a saltar à corda.

Refere que sempre foi uma rapariga alegre e festiva, gostando dos arraiais da aldeia e de se divertir. Nunca pensou em casar ou ter filhos. A ideia de sair de casa dos pais não a motivava muito, pois sempre foi muito ligada à mãe.

Começou a trabalhar com 13 anos como Empregada Doméstica em casa de alguns senhores da zona. Manteve sempre essa profissão e trabalhou para as mesmas pessoas nos últimos 30 anos, um casal que vivia na freguesia vizinha.

Enquanto os pais foram vivos, viveu em casa. Apesar de ter boa relação com todos os irmãos, refere muita proximidade com o irmão mais velho, M.A., e com a cunhada, L.A., pois quando este casou, em 1957, era a doente ainda adolescente, estes foram viver lá para casa. Segundo a doente, esta coabitação, permitiu o estabelecimento de uma relação muito forte, assim como com os sobrinhos, filhos deste casal. Refere que olha para eles como os irmãos mais novos.

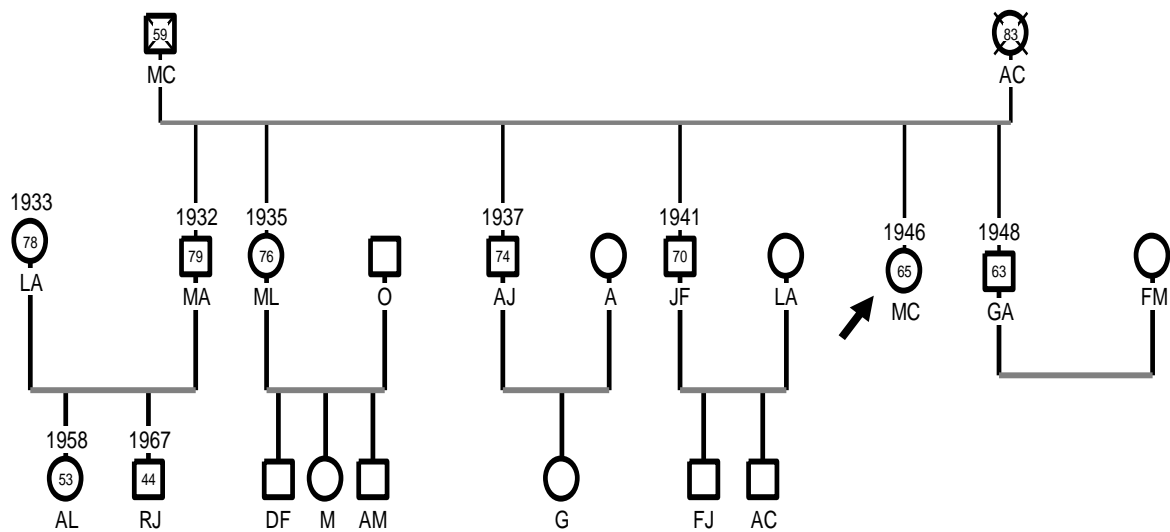
Os irmãos emigraram cedo para a França. O pai da doente morreu com 58 anos, vítima de um carcinoma duodenal, tendo posteriormente a doente ficado a viver só com a mãe. A doente refere uma proximidade muito grande com esta e que sofreu muito quando a mãe faleceu devido a um AVC aos 83 anos (em 1988). Refere que nessa altura andou “muito mal”, “só chorava”, “tive uma grande depressão” (SIC), que foi das poucas alturas que teve que tomar algum tipo de medicação. A doente ainda hoje sente a falta da mãe e mostrou-se bastante emocionada quando falou sobre ela.

Após a morte da mãe, a doente foi viver para casa do casal onde trabalhava já há 10 anos e aí permaneceu até que eles falecessem. Gostava muito deles. Sentiu-se muito em baixo quando a patroa morreu há 16 anos, vítima de um cancro da mama. Refere que sentiu a sua perda como se fosse a própria mãe. Mesmo após o falecimento da senhora, a doente permaneceu na casa, trabalhando para o marido desta. Refere que nos últimos anos foi mais complicado, pois sentia-se cansada e o patrão exigia muito dela.

Há cerca de ano a doente começou a sentir uma fraqueza e um cansaço que se foi agravando ao longo de vários meses, mas que atribuía ao cansaço físico causado pelo trabalho que tinha em casa do patrão, pois este estava acamado e dependente dela. Depois da morte deste senhor (em Novembro de 2010), voltou a viver na sua casa. Devido à persistência da sintomatologia, a doente recorreu ao médico de família, que lhe mandou fazer um estudo analítico, mas que não mostrou nada relevante. Em Dezembro do mesmo ano, o referido médico reformou-se, tendo a doente sido transferida para outro médico e devido à persistência da sintomatologia anterior e aparecimento de dispneia para médios esforços, descoloração das extremidades dos membros e edema dos membros inferiores, foram feitos vários exames e foi constatada a existência de uma pancitopenia e massa no mediastino anterior com cerca de 10 cm no maior diâmetro. Após biopsia, foi feito o diagnóstico de provável timoma. A doente foi encaminhada para o Serviço de Cirurgia CardioTorácica no Hospital de São João e aguarda ser chamada.

ABORDAGEM FAMILIAR

Genograma



Geração I:

O pai, MC, faleceu aos 58 anos, vítima de carcinoma duodenal.

A mãe, AC, faleceu com 83 anos devido a um AVC.

Geração II:

Teve 5 irmãos (4 rapazes e 1 irmãs). Ainda estão todos vivos. Refere História de patologia vesicular entre os irmãos. Desconhece outras patologias relevantes na família.

Geração III:

Tem 8 sobrinhos, 5 rapazes e 3 raparigas.

Refere muita proximidade com o irmão mais velho e com a esposa, assim como com os sobrinhos, filhos do casal. Refere-se a eles como os seus irmãos mais novos.

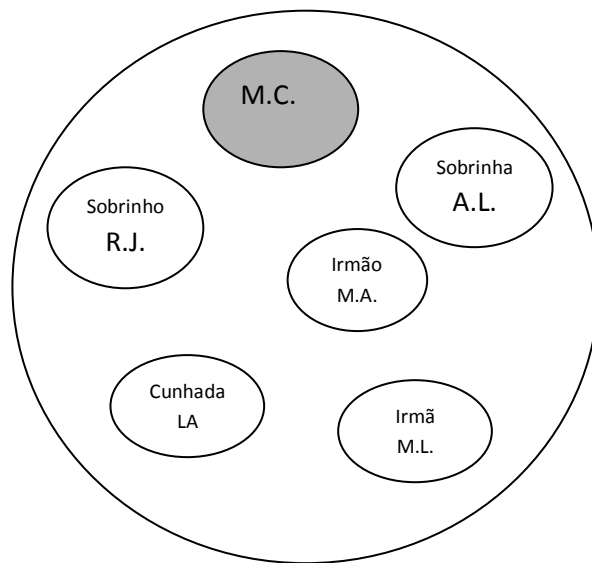
Ciclo de Vida Familiar de Duvall: neste caso não se aplica já que a doente nunca teve filhos.

Apgar Familiar de Smilkstein

APGAR	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	QUASE NUNCA
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos tais como irritação, pesar e amor.	X		
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	

Somando as pontuações atribuídas a cada pergunta (quase sempre = 2 pontos; algumas vezes = 1 ponto; quase nunca = 0 pontos), obtém-se uma pontuação total de 9 pontos. Sugere tratar-se de uma família altamente funcional e a doente sente-se satisfeita globalmente com a sua família.

Dinâmica Familiar de Minuchin:



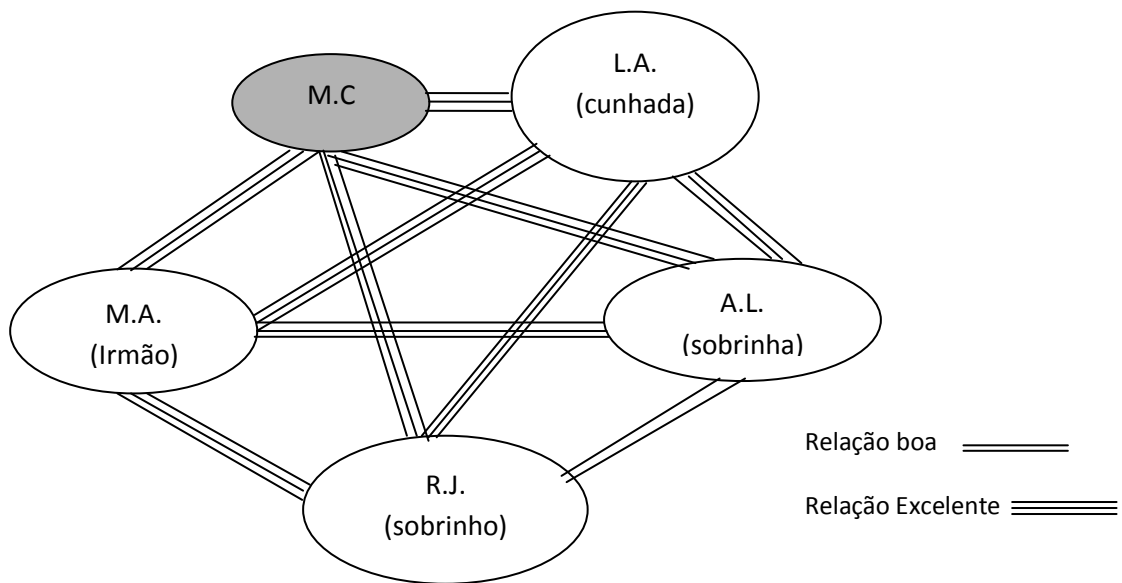
Este parâmetro avalia a ligação e o apoio existente entre os elementos da família. Existe uma boa relação entre todos respeitando a individualidade de cada um. Apesar de a doente viver sozinha, tem muita proximidade com o irmão e a cunhada, que vivem perto, assim como com os sobrinhos, filhos deste casal.

A família representada é considerada funcional, não existindo indícios de que aglutinação ou dispersão dos seus elementos.

Linha de Vida de Medalie

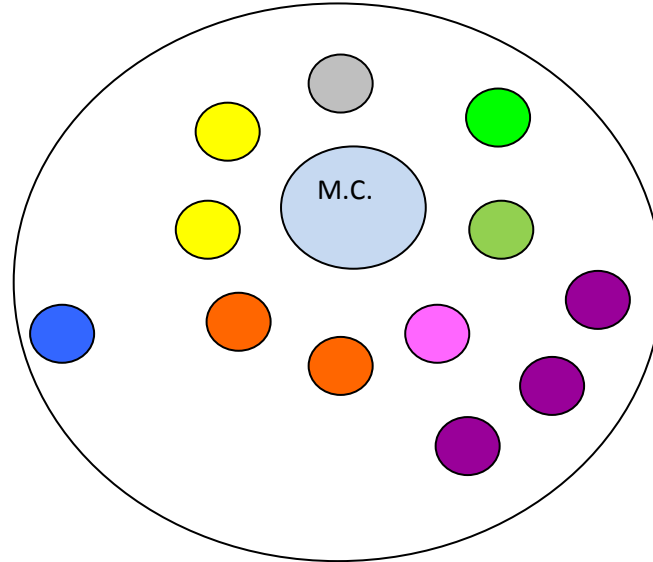
ETAPA/CRISE	DATA	SÍNDROME
Nascimento	1946	
Início da escolaridade	1953	
Iniciou actividade laboral	1959	
Morte do pai	1961	
Morte da mãe	1988	Perturbação Depressiva
Mudou-se para casa dos patrões	1988	
Morte da Patroa	1995	
Morte do Patrão	2010	
Voltou para a sua casa	2010	Aparecimento de massa mediastínica

Psicofigura de Mitchel



Através desta psicofigura podemos ver que as relações existentes entre a doente, os sobrinhos e a família do sobrinho são todas excelentes, quer em relação à doente, quer entre eles, sendo uma família com boa dinâmica.

Círculo Familiar de Thrower



- | | | |
|----------------|-------------------------|-------------|
| ● Patrões | ● Mãe | ● Pai |
| ● Irmão M.A. | ● Sobrinhos A.L. e R.J. | ● Irmã M.L. |
| ● Cunhada L.A. | ● Outros Irmãos | |

A utente representa-se no centro e de forma equidistante da mãe, irmão mais velho e cunhada e sobrinhos, afirmando que são muito próximos, “somos muito unidos” (SIC). Os padrões, essencialmente a senhora, está a uma proximidade da doente igual aos irmãos, pois gostava muito deles, “sinto muito a falta da minha patroa”, “era como uma mãe” (SIC). A irmã, apesar de estar no Canadá, liga-lhe todas as semanas e também a ajuda sempre que pode; está representada ligeiramente mais afastada da doente devido à distância física que existe entre elas.

O pai está mais afastado, pois morreu a doente ainda era muito jovem; refere que nunca se habituou muito à sua presença. Os restantes irmãos encontram-se mais distante pois “apesar de nos darmos bem, não são tão próximos” (SIC).

AVALIAÇÃO CLÍNICA

S - Exame subjectivo: Doente com diagnóstico de massa mediastínica de 10 cm e pancitopenia grave sintomática, foi encaminhada para o Hospital de Ponte de Lima, para iniciar transfusão de duas unidades de sangue. Recorreu à consulta para pedir novamente o processo que tinha sido enviado para o Serviço de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de São João mas que se extraviou.

Trouxe o estudo analítico, após transfusões sanguíneas.

O - Exame objetivo: Consciente, colaborante e orientada no tempo e no espaço. Idade aparente coincidente do que a idade real. Sem *facies* ou *habitus* característico. Sem sinais de sofrimento mas algo ansiosa.

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Distribuição pilosa de acordo com o sexo e a idade.

Peso: 62Kg; Altura: 1,57 m; IMC: 25,1 Kg/m²

Sinais vitais dentro da normalidade (FC: 80bpm; TA: 115/77 mmHg (medida com a paciente sentada, no membro superior esquerdo); FR: 18 cpm)

AC: S1 e S2 rítmicos e audíveis nos 4 focos; sem sopros identificáveis. Ausência de S3 ou S4.

AP: Movimento ventilatório presente bilateralmente e simétrico. Ausência de ruídos adventícios. Normal transmissão das vibrações vocais.

Abdómen: mole e depressível, sem massas ou organomegalias; sem dor à palpação; RHA presentes; sem SIP.

Membros Superiores e Inferiores: Sensibilidades térmica, dolorosa, superficial e profunda preservadas e simétricas nos membros superiores e inferiores. Sem edemas periféricos.

Exame do dorso: pele com inúmeros nevos melânicos, de aparência normal. Sem tumefacções, abaulamentos, retracções ou desvios. Sem edema sagrado. Mobilidade activa ligeiramente dolorosa a nível lombar com a flexão anterior do tronco sobre os membros.

O estudo analítico que trouxe após transfusão, revelou um aumento da hemoglobina para valores normais, mas mantém pancitopenia.

A – Avaliação: Diagnóstico de Timoma de 10 cm no maior diâmetro; pancitopenia

Doente está ansiosa com toda esta situação.

P – Plano de Acção: Já foi encaminhada para o Serviço de Cirurgia CardioTorácica do Hospital de São João. Aguarda ser chamada.

LISTA DE PROBLEMAS

PROBLEMAS ACTIVOS
PANCITOPENIA
MASSA MEDIASTÍNICA COMPATÍVEL COM TIMOMA



Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Disciplina de Medicina Comunitária – 6º Ano

Regência: Prof. Dr. Alberto Hespanhol

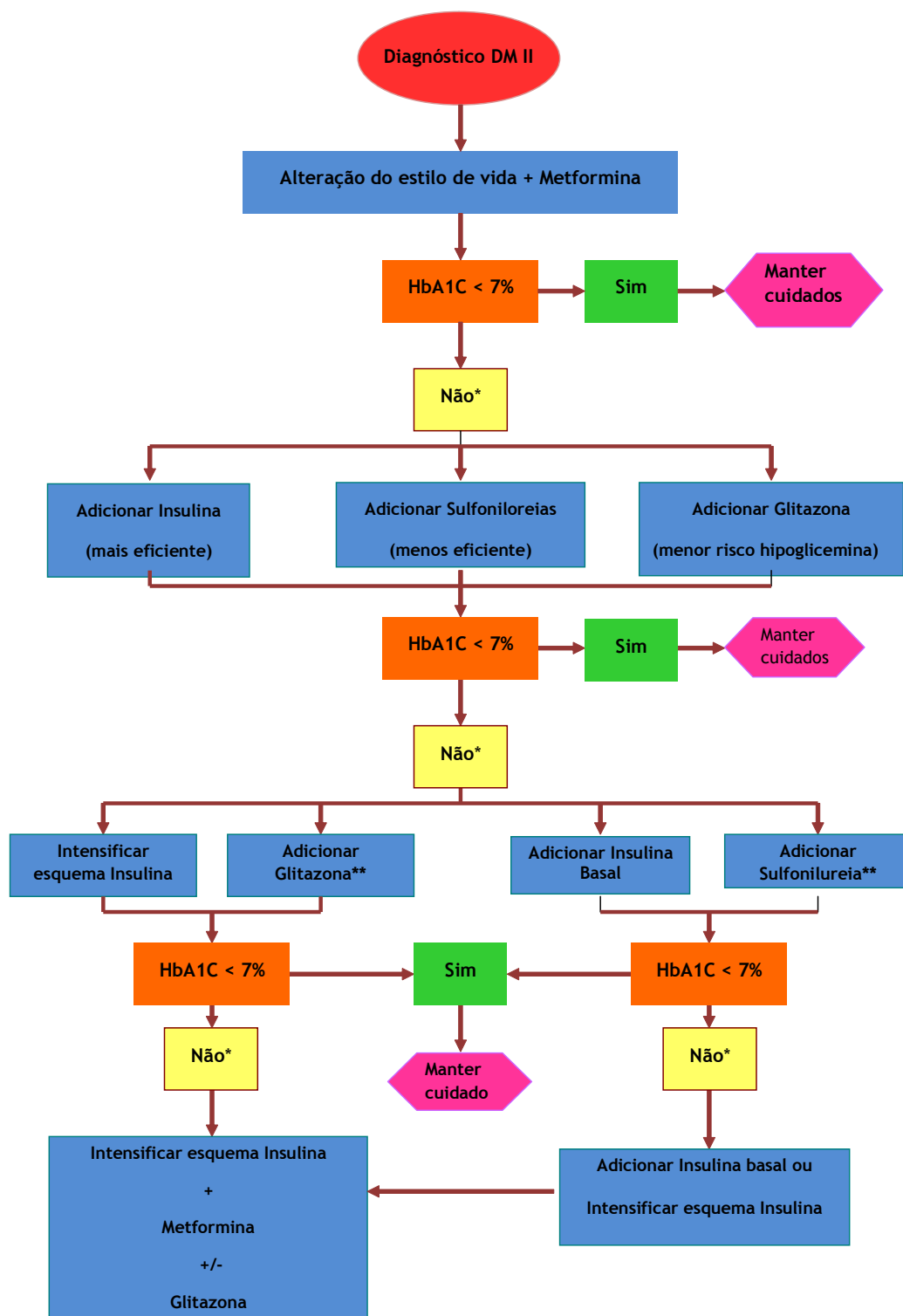
Fluxograma – Controlo da Diabetes Mellitus Tipo II



Valência Rural – Arcos de Valdevez

Responsável: Dra. Albertina Fonseca

Lisa Mónica Martins Aguiar, T.8



* Avaliar HbA1C a cada 3 meses até atingir valor < 7%. Depois reavaliar a cada 6 meses.

** Apesar da possibilidade de utilização de 3 agentes orais, a iniciação e intensificação do esquema insulínico apresenta vantagens na eficiência e nos custos.

Adaptado de American Diabetes Association. From Diabetes Care®, Vol. 29, 2006;1963-1973.

Apêndice VII – Registos Clínicos - UCSP

Registo Clínico no Centro de Saúde Rural

	Identificação	Motivo da Consulta	Lista de Problemas/Diagnósticos	Plano/Orientação/Referenciação	Retorno
CONSULTA PROGRAMADA					
Caso 1	M.A.F., sexo feminino, 61 anos	Entrega de Exames Complementares de Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> – Dislipidemia – Perturbação Depressiva – Osteoartrose – Dor intensa no ombro direito com limitação dos movimentos; Ecografia das partes moles revelou lesões compatíveis com tendinite do supra-espinhoso 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi indicado repouso; – Foi medicada com anti-inflamatório não esteróide; – Foi agendada nova consulta para nova avaliação e ponderação de eventual necessidade de fisioterapia. 	
Caso 2	J.M.A., sexo masculino, 52 Anos	Consulta de rotina; Queixas osteoarticulares desde há 2 meses na anca direita, essencialmente com a abdução	<ul style="list-style-type: none"> – HTA – DM II – Dislipidemia – Abuso do álcool – Hemorróides – Antecedentes de Pancreatite aguda 	<ul style="list-style-type: none"> – Foram pedidas análises de rotina; – Foi pedida urina de 24h para pesquisa de microalbuminúria; – Foi pedido RX da anca. – Mantém medicação (Fenofibrato, Rabeprazol, Losartan+HCTZ, Janumet®) – Mantém restantes atitudes 	

Caso 3	M.C.V, sexo feminino, 57 anos	Queixas osteoarticulares no joelho Direito	<ul style="list-style-type: none"> – Personalidade ansiosa – HTA; – Ao exame objectivo: joelho sem sinais inflamatórios ou alterações da mobilidade. Gonartrose? 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi pedido Rx dos joelhos. – Foi marcada nova consulta para avaliação dos resultados dos exames 	
Caso 4	A.L.R, sexo feminino, 65 anos	Consulta de Hipocoagulação	<ul style="list-style-type: none"> – HTA – Fibrilhação Auricular – INR= 2,3 	<ul style="list-style-type: none"> – Mantém atitudes; – Mantém dosagem de Varfine® 	
Caso 5	M.M.R, sexo feminino, 45 anos	Consulta de Hipocoagulação	<ul style="list-style-type: none"> – Antecedentes de Trombose Venosa profunda na perna esquerda há 4 meses; – INR de 1,9 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi aumentada a dose de Varfine® e marcada nova consulta na semana seguinte para controlo do INR. 	
CONSULTA ABERTA					
Caso 6	A.A, sexo masculino, 81 anos	Dor, calor, rubor e edema da perna esquerda	<ul style="list-style-type: none"> – Artrite Psoriática – Antecedentes de AVC (com sequelas de hemiparésia direita) – HTA – Dislipidemia – Sinais inflamatórios intensos da face anterior da perna, com edema, rubor e elevação da temperatura local, compatível com ERISPELA 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi medicado com Lentocilin® 6.3.3 e foi indicado repouso com elevação do membro inferior atingido. 	
Caso 7	B.M., sexo feminino, 4 anos	Erupções cutâneas	<ul style="list-style-type: none"> – Numerosas erupções cutâneas bulhosas espalhadas pelo corpo em diferentes estádios compatível com Varicela. 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi medicada Aerius® para o prurido e com Betadine® solução cutânea. 	

Caso 8	J.A., sexo masculino, 63 anos	Corte no polegar direito decorrente de acidente durante o trabalho no campo	<ul style="list-style-type: none"> – Lesão profunda de aproximadamente 3 cm de comprimento na região tenar do polegar direito; sem sinais de infecção da ferida. 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi feita refiação da lesão e indicado algum cuidado. 	
Caso 9	A.L., 6 anos, sexo feminino	Febre, tosse, expectoração	<ul style="list-style-type: none"> – Temperatura axilar – 38,3°C; – Orofaringe com colecção mucopurulenta amigdalina. – Auscultação cardiopulmonar normal; 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi medicada com Clavamox® e Ibuprofeno 	
Caso 10	A.O., 50 anos, sexo masculino	Prorrogação de Baixa	<ul style="list-style-type: none"> – Doente com queixas osteoarticulares lombares incapacitantes, com limitação das actividades de vida diárias. 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi prorrogada a baixa por 30 dias. 	
Caso 11	E.O.S., 68 anos, sexo feminino	Tosse com expectoração; febre.	<ul style="list-style-type: none"> – Doente com tosse com expectoração com uma semana de evolução; – Temp. axilar: 37,9°C – TA: 130/78 mmHg – FR:20 cpm – AP: murmúrio vesicular presente em toda árvore pulmonar; alguns roncos e aparente diminuição dos sons na base pulmonar direita. 	<ul style="list-style-type: none"> – Foi pedido RX tórax e exame bacteriológico da expectoração: – Foi medicada com Brufen®, Clavamox® de 8 em 8h durante 8 dias. 	

Legenda:

AP – Auscultação Pulmonar

DM II – Diabetes Mellitus tipo II

HCTZ – Hidroclorotiazida

HTA – Hipertensão Arterial

TA – Tensão Arterial

Elaborado Por:

Lisa Aguiar, T. 8

Apêndice VIII – Trabalho Complementar

Introdução

A Obesidade é definida pela OMS, como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. É uma doença crónica, com grande prevalência no mundo, principalmente nos países desenvolvidos, e atinge homens, mulheres e crianças de todas as raças e etnias. A obesidade é avaliada através do IMC (Índice de massa corporal), sendo que um IMC superior a 25 indica excesso de peso e superior a 30, define obesidade.

Na Europa, a prevalência da Obesidade aumentou para o triplo nas últimas duas décadas: metade dos adultos e uma em cada cinco crianças têm excesso de peso. Destes, um terço são obesos e os números têm vindo sempre a aumentarⁱ.

Em Portugal, 46% da população adulta apresenta excesso de peso e 12% é obesa; 32% das crianças com idade compreendidas entre 7-9 anos apresenta excesso de peso, sendo 11% obesasⁱⁱ. Estudos epidemiológicos revelam que o excesso de peso/obesidade são importantes factores de risco para Diabetes Mellitus, doença cardiovascular, vários tipos de cancro e morte precoceⁱⁱⁱ.

Devido à grande prevalência da obesidade em Portugal e às suas comorbilidades associadas, decidi, no âmbito da disciplina de Medicina Comunitária, avaliar a prevalência da obesidade nos doentes observados nos Centros de Saúde Rural e Urbano, associada à idade e género e também caracterizar a existência de outras comorbilidades ligadas à mesma, nomeadamente, HTA, DM II e Dislipidemia.

Métodos

Para tal, foi realizado um estudo observacional transversal durante as 4 semanas do estágio em MC. Foi explicado aos doentes o objectivo do estudo e após consentimento informado (oral), foram incluídos todos os utentes adultos (idade superior a 18 anos) observados nas consultas nos dois centros de saúde, excluindo-se as grávidas. Devido à fluência mais rápida da consulta aberta, não foi possível avaliar estes doentes.

Para a realização da análise, foram medidos e pesados os doentes e calculado o IMC. Os dados antropométricos foram obtidos com os doentes descalços e sem casaco.

De acordo com as normas da OMS, os indivíduos foram divididos como tendo baixo peso ou peso normal ($\text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$), excesso de peso (IMC entre 25 e $29,9 \text{ kg/m}^2$) ou obesos ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$).

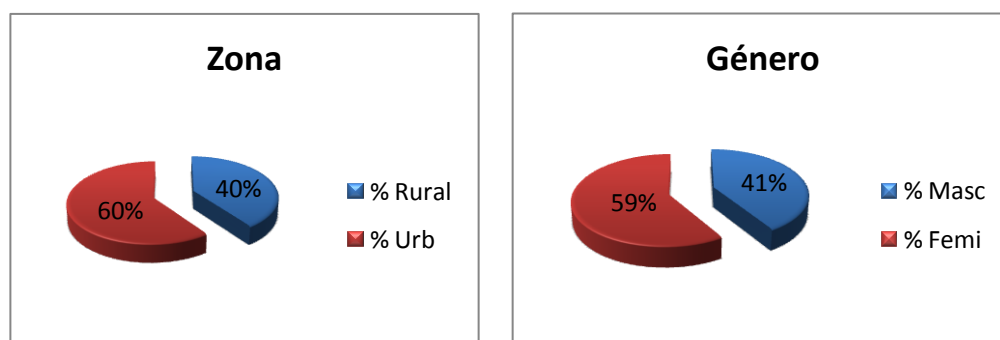
Adicionalmente, os pacientes obesos foram questionados acerca da existência de outras comorbilidades associadas, nomeadamente, HTA, dislipidemia e Diabetes Mellitus II.

Os dados recolhidos foram tratados com o Microsoft Excel 2007©

Resultados

Foram incluídos no presente estudo 85 utentes, 51 do CSSJ e 35 do UCSP de Arcos de Valdevez, isto é, 60% de doentes do meio urbano e 40% do rural.

Do total de doentes, 52 (59 %) eram do género feminino e 32 (41%) do masculino.



Figuras 1e 2 – Distribuição da amostra por zona e género

Os doentes foram distribuídos por 6 faixas etárias, 18-29 anos, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e ≥ 70 anos e a distribuição da amostra pode ser avaliada na figura 3. Perante a análise da mesma, constata-se que a maior parcela diz respeito aos indivíduos com mais de 70 anos (24 utentes, que corresponde a 28,2% da amostra) e que cerca de 90% da amostra tem idade superior a 40 anos.

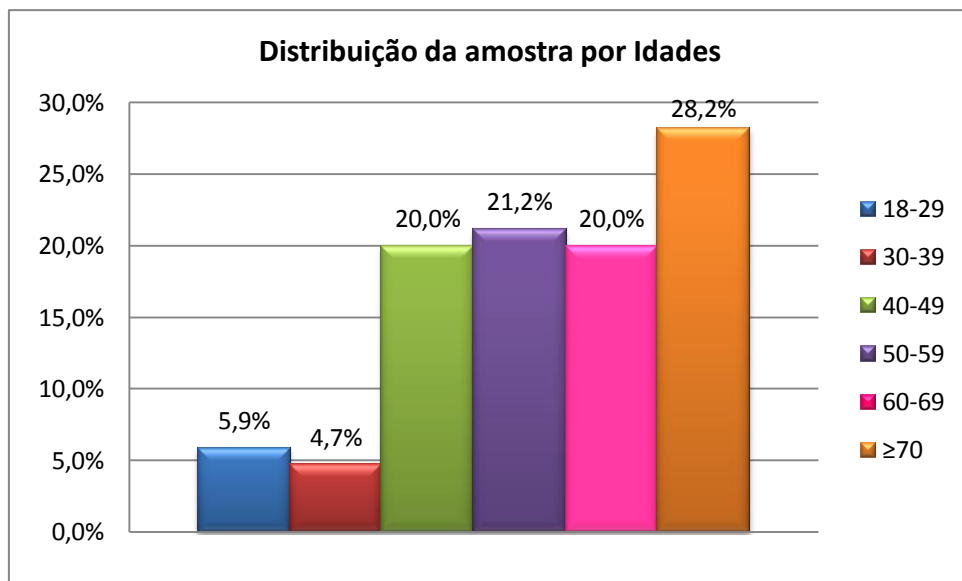


Figura 3 – Distribuição da amostra por idades

Na amostra total verificou-se que 50 dos 85 indivíduos tinham Excesso de Peso/Obesidade, o que corresponde a uma prevalência de 58,9% (36,5% com excesso de peso e 22,4% de obesos), sendo que no meio urbano foi de 52,9% (27 indivíduos) – 35,3% de excesso de peso VS 17,6% de obesos) e no meio rural de 67,6% (23 indivíduos) – 38,2% com excesso de peso VS 29,4% obesos).

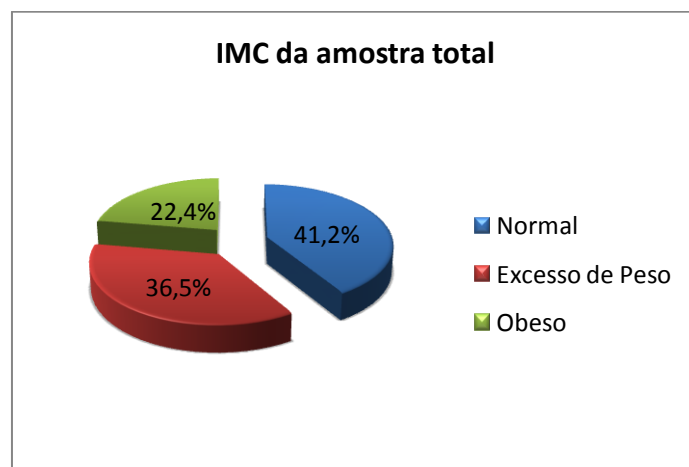


Figura 4 - Prevalência de Excesso de Peso/Obesidade da amostra total

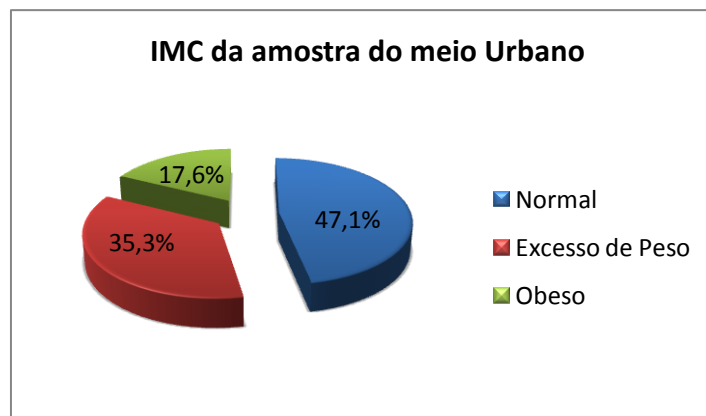


Figura 5 - Prevalência de Excesso de Peso/Obesidade no meio Urbano

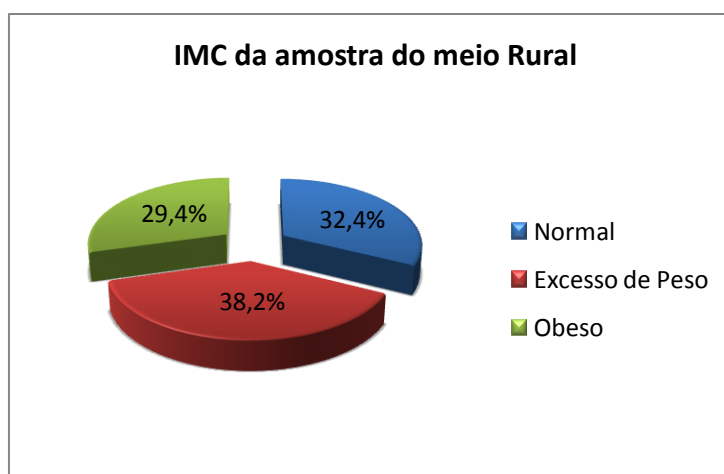


Figura 6 - Prevalência de Excesso de Peso/Obesidade no meio Rural

Relativamente ao género, verificou-se que no meio urbano, a percentagem de indivíduos com excesso de peso foi igual para os dois sexos (17,6%; 9 indivíduos), contudo, houve uma percentagem maior de indivíduos do sexo feminino obesos, isto é, 11,9% de mulheres obesas VS 5,9% homens (6 mulheres e 3 homens). No meio rural, a prevalência de excesso de peso foi de 14,7% (n=5) para os homens e 23,5% (n=8) para as mulheres, sendo a percentagem de obesos igual nos dois géneros (14,7%). Estes dados estão expostos nas figuras 7 e 8.

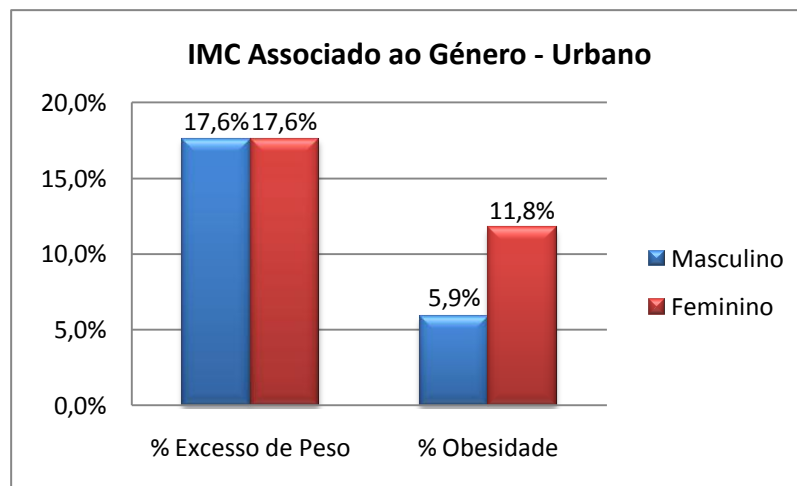


Figura7 - Prevalência de Excesso de Peso/Obesidade associada ao género – Meio Urbano

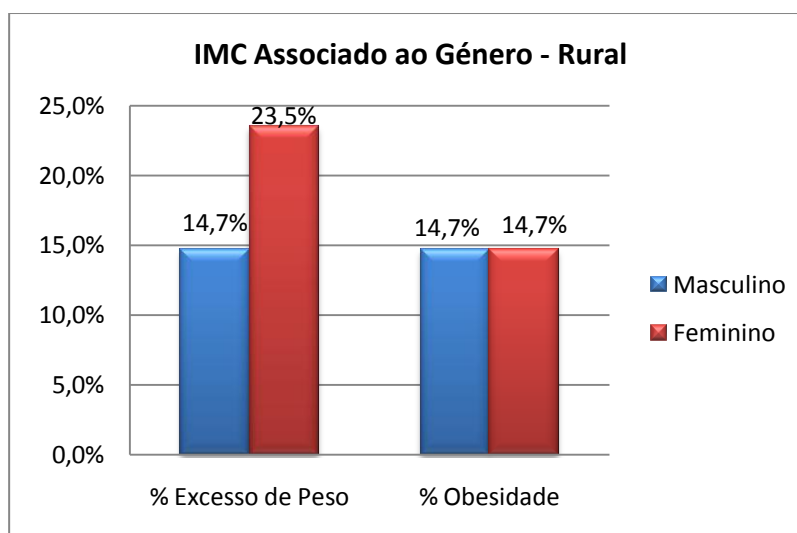


Figura 8 - Prevalência de Excesso de Peso/Obesidade associada ao género – Meio Rural

No que concerne ao escalão etário, no meio urbano verificou-se uma percentagem mais elevada de indivíduos com excesso de peso com idade superior 60 anos (25,5%; n=13), sendo que o pico de excesso de peso foi para a taxa etária dos indivíduos com mais de 70 anos (15,7%; n=8). No que concerne à obesidade, a faixa etária com maior taxa de obesidade foi a dos 40 aos 49 anos, com 5,9% (3 indivíduos) de obesos. No ambiente rural, constatou-se que a prevalência do excesso de peso foi maior nas faixas etárias dos 50 anos 59 anos e para idades superiores a 70 anos e o pico da obesidade verificou-se para os indivíduos entre 50 e 59 anos (14,7%; n=5).

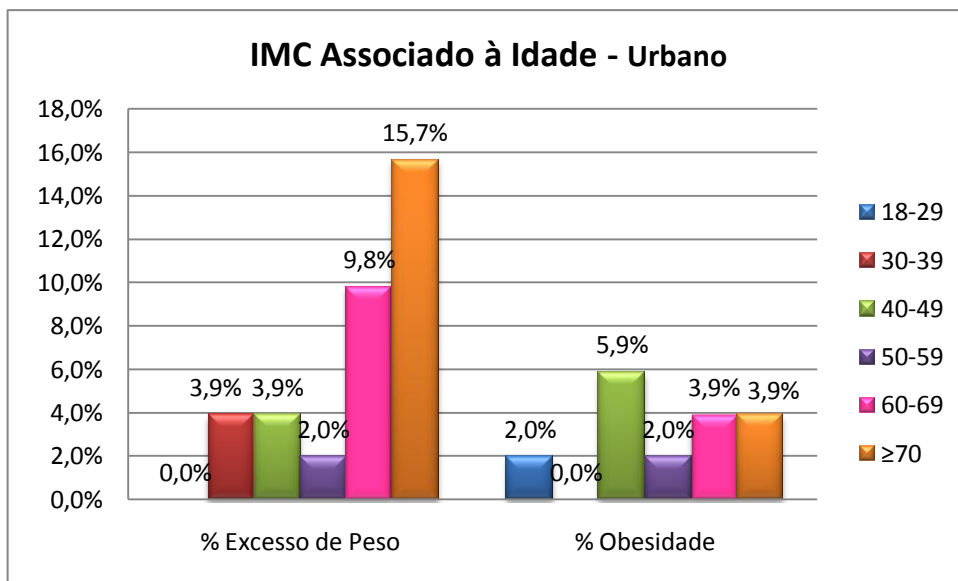


Figura 9 - Prevalência de Excesso de Peso/Obesidade associada à idade – Meio Urbano

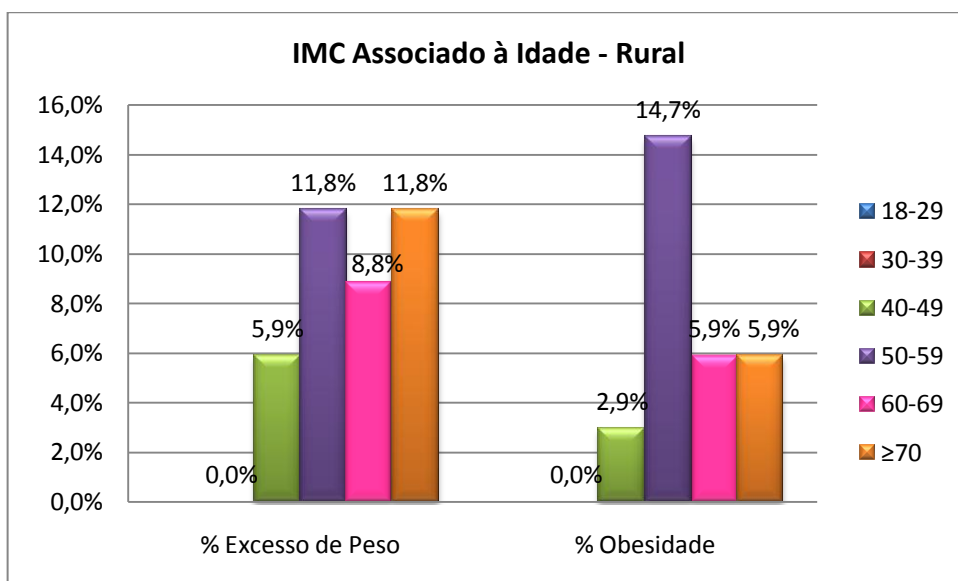


Figura 10 - Prevalência de Excesso de Peso/Obesidade associada à idade – Meio Rural

De acordo com os dados considerados na figura 4, que representa a distribuição da amostra tendo em conta o seu IMC, verificou-se que 22,4% da população estudada é obesa (o que corresponde a um total de 19 dos 85 utentes incluídos na amostra). Destes, apenas 16% (3 indivíduos) apresentava obesidade sem outras comorbilidades associadas.

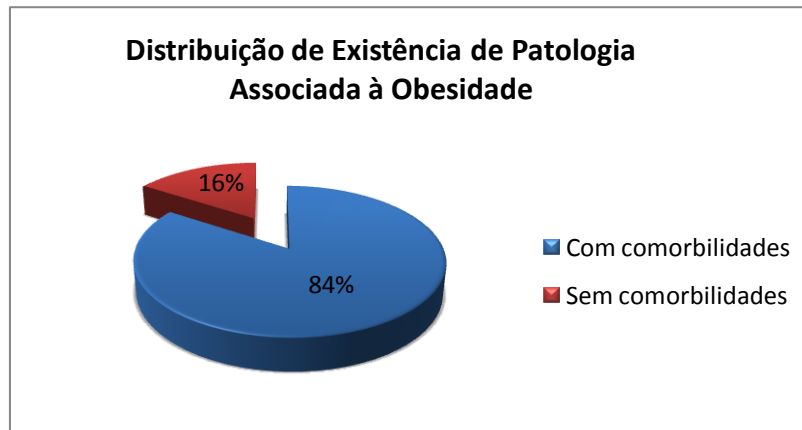


Figura 11 – Existência de comorbilidades associadas à obesidade na amostra total

Agora analisando cada uma das subpopulações, dos 9 indivíduos obesos do meio urbano, constatou-se que 6 (67%) possuíam obesidade com comorbilidades associadas (HTA, Dislipidemia ou DM II). Por outro lado, no meio rural, todos os indivíduos obesos incluídos na amostra tinham algum tipo de patologia associada à obesidade (n=10).

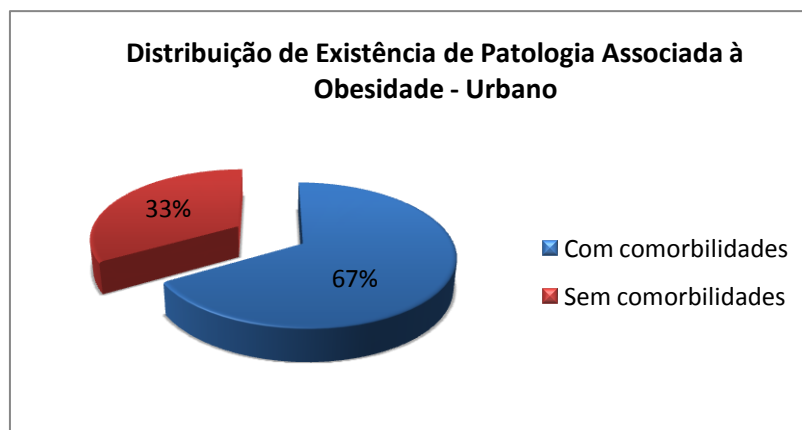


Figura 12 – Existência de comorbilidades associadas à obesidade – meio urbano

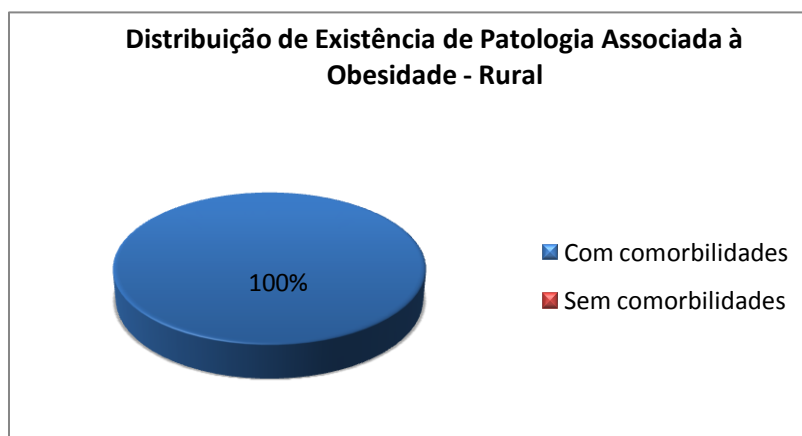


Figura 13 – Existência de comorbilidades associadas à obesidade – meio rural

As comorbilidades associadas à obesidade avaliadas foram a HTA, Dislipidemia e DM II e a sua distribuição pelos doentes obesos estudados, está representada na figura 14.

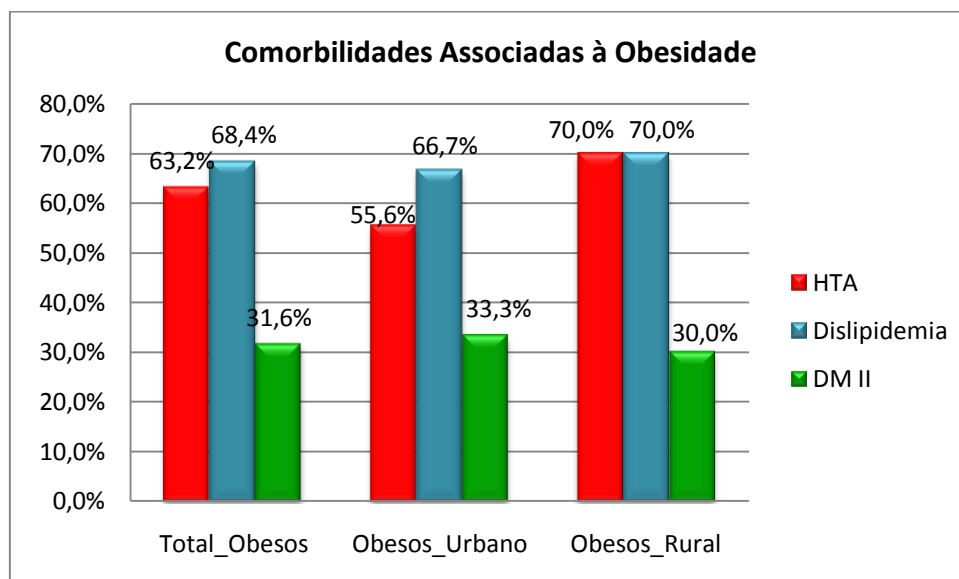


Figura 14 – Patologias associadas à obesidade

Perante a análise da figura, verifica-se que a dislipidemia é a patologia mais frequente associada à obesidade (68,4% dos obesos), seguida da HTA (63,2%) e menos frequentemente a DM II (31,6%).

No meio rural, a obesidade associada a HTA e Dislipidemia foi mais elevada que no meio urbano e o número de doente afectados foi igual (70%), enquanto a prevalência da DM II foi ligeiramente inferior à amostra do meio urbano (30% Vs 33,3%).

Discussão

A amostra do presente estudo, além de ser pequena, poderá representar uma sobrevalorização da prevalência do excesso de peso/obesidade, pois praticamente todos utentes incluídos na amostra são doentes da consulta programada, a maioria deles seguidos devido a HTA e DM II, que são, à partida grupos onde a prevalência da obesidade é maior.

Dos 85 doentes incluídos no estudo, 51 pertencem ao meio urbano e 34 ao meio rural. Esta discrepância entre as duas amostras deveu-se ao facto de no meio rural ter havido, ao

longo das duas semanas, maior número de consulta infantil, que foi um grupo não incluído na amostra.

Num estudo realizado em Portugal entre 2003 e 2005^{iv}, cujo objectivo foi avaliar a prevalência do Excesso de peso/Obesidade no país, verificou-se que 53,6% da população tinha excesso de peso ou era obesa, sendo que 14,2% tinha um IMC superior a 30kg/m².

No presente estudo verificou-se que a prevalência do Excesso de Peso/Obesidade foi de 36,5% e 22,4%, respectivamente, sendo que no meio urbano houve 35,3% de indivíduos com excesso de peso e 17,6% de obesos e no meio rural 38,2% com excesso de peso e 29,4% obesos. Deste modo, pode constatar-se que na amostra a prevalência da obesidade é bastante superior no meio rural (29,4% VS 17,6% de obesos no meio urbano). De um modo geral, a prevalência da obesidade é maior nos meios urbanos, devido à maior industrialização e, consequentemente, ao estilo de vida mais sedentário^{iii,v}. Contudo, existem disparidades a nível regional quanto à prevalência da obesidade. O interior norte do país é uma das regiões do país com maior taxa excesso de peso/obesidade^v. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos neste estudo.

A prevalência da obesidade é proporcional ao aumento da idade, atingindo o seu pico entre os 50 e 69 anos^{iii,iv}. Na população portuguesa com mais de 55 anos a prevalência do excesso de peso/obesidade é mais elevada, respectivamente 1,9 e 7,2 vezes^v. Tendo em conta que cerca de 90% da amostra estudada tinha idade superior a 40 anos, os resultados mais elevados neste estudo também podem ser justificados por esta desproporção nos escalões etários.

Em Portugal, a prevalência da obesidade/excesso de peso é maior no género masculino^{iv,v}. Num realizado na cidade do Porto, verificou-se que apesar do excesso de peso ser mais prevalente nos homens, a obesidade era maior entre as mulheres^{vi}. No presente estudo, a maior prevalência da obesidade no sexo feminino (11,8% VS 5,9%) está de acordo com o estudo realizado na cidade do Porto, contudo no meio rural, verifica-se uma prevalência igual em ambos os sexos (14,7%).

O aumento da massa gorda é acompanhado por alterações fisiológica associadas ao aparecimento de várias doenças crónicas, tal como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença coronária e AVC^{vi}. O aumento de peso durante a idade adulta pode ser um dos mais importantes determinantes do risco cardiovascular^{vi}.

No presente estudo, a obesidade esteve fortemente associada à HTA e à Dislipidemia. Relativamente à Diabetes Mellitus, a sua associação à obesidade também foi elevada, mas em menor grau.

Todavia, não foi possível inferir se a prevalência destas patologias também era elevada entre a população não obesa.

A elevada prevalência destas condições nesta amostra, suporta a hipótese que é importante estabelecer uma acção preventiva precoce sobre o excesso de peso/obesidade, de forma a tentar promover uma menor morbilidade e mortalidade^{vi}.

Conclusão

O presente estudo foi um estudo descritivo numa população de conveniência que visou apenas a comparação entre duas populações distintas, pelo que os resultados não são passíveis de extrapolação para a população geral.

Contudo, foi possível verificar que a prevalência da obesidade nesta amostra foi bastante elevada, o que nos remete para o papel fundamental do clínico geral na promoção da saúde, reeducação e orientação destes doentes, de forma a diminuir a morbilidade e mortalidade associada à obesidade, assim como às suas comorbilidades.

Bibliografia

- i. WHO European Charter on counteracting obesity. World Health Organization: Istanbul, Turkey; <http://www.euro.who.int/document/E89567.pdf> 15–17 November 2006
- ii. Almada - Lobo F, Gomes P, Rosendo, I. Recomendações de actividades preventivas da APMCG
- iii. Kelly, T., Yang, W., Chen, CS., Reynolds, K., He, J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes.* (2008) (9):1431-7
- iv. Carmo, I., Santos, O., Vieira, J., Camolas, J., Medina, L., Reis, L, et al., Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005, *Obes. Rev.* (2008) (9), 11–19
- v. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas Programa nacional de combate à obesidade. – Lisboa: DGS, 2005.
- vi. Santos, AC., Barros, H. Prevalence and determinants of obesity in an urban sample of Portuguese adults. *Public Health* (2003) 117, 430–437